FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° 18

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre-Joseph-Louis ROGÈS

Né le 9 Aout 1901

A GONDRIN (GERS)

.....

PHLEGMON GANGRÉNEUX DE LA PAROI

Complication postopératoire mortelle de l'appendicite gangréneuse

.....

Président : M. HARTMANN, *Professeur.*

.....

CONDOM

IMPRIMERIE A. BOUSQUET

1929

Le Doyen. . . M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirur. et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique prophédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre-Joseph-Louis ROGÈS

Né le 9 Aout 1901

A GONDRIN (GERS)

.....

PHLEGMON GANGRÉNEUX DE LA PAROI

Complication postopératoire mortelle de l'appendicite gangréneuse

.....

Président : M. HARTMANN, *Professeur.*

.....

A la Mémoire
du Docteur Antoine ROGÈS
mon Père

A ma Mère

A mes Parents

A mes amis

A Monsieur le Professeur HARTMANN

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse

A notre Maître, le Docteur G. MÉTIVET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et précieusement aidé de ses conseils.

A mes Maîtres des Hôpitaux de Toulouse

1re & 2e Année (Stage)

M. le Professeur MOSSÉ

Professeur honoraire de clinique médicale

M. le Professeur CAUBET

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse

M. le Professeur RÉMOND (de Metz)

Professeur de clinique médicale à la Faculté de Toulouse

M. le Professeur DAMBRIN

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse

A mes Maîtres des Hôpitaux de Paris

Stage

Monsieur le Professeur ROGER
Doyen de la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

Monsieur le Docteur ARROU
Chirurgien honoraire des Hôpitaux

Externat

M. le Docteur RICHE
Chirurgien de l'Hôpital Tenon

M. le Professeur Agrégé LAIGNEL-LAVASTINE
Médecin de la Pitié

M. le Docteur Charles RICHET
Médecin de l'Hôpital Necker

M. le Professeur Agrégé LE LORIER
Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut

M. le Docteur HAUTANT
Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital Tenon

M. le Professeur Agrégé DESMARETS
Chirurgien de l'Hôpital Ambroise Paré

M. le Docteur TOUPET
Chirurgien de l'Hospice de Bicêtre

Au Docteur Jean CAMUS

Au Docteur Paul BERNARD

Au Docteur Georges DEBRAY

À mes Collègues des Hôpitaux de Paris

Phlegmon Gangréneux de la Paroi

Complication postopératoire mortelle de l'appendicite gangréneuse

La suppuration pariétale après ablation de l'appendice dans les interventions à chaud est un incident si fréquent qu'il ne saurait surprendre dans les suites opératoires ; elle est sinon attendue, du moins prévue.

Mais, si dans l'immense majorité des cas elle prend une allure bénigne, presque favorable, puisque quelques chirurgiens ont vu là un abcès de fixation, elle peut quelquefois revêtir un caractère grave d'emblée : c'est alors un phlegmon diffus gangréneux, d'évolution mortelle, si un drainage très large n'en a pas limité la diffusion et l'extension.

Nous n'avons pas la prétention de traiter et de terminer la longue discussion du drainage

abdominal au cours des appendicectomies à chaud, mais seulement, en rapportant trois observations simples, de montrer le danger que l'on fait courir à un opéré en fermant la paroi abdominale dans ces cas graves.

Il est impossible de reprendre même rapidement l'historique du drainage abdominal au cours des affections septiques de l'appendice.

Cependant, il semble bien que, déjà, en 1899, Témoin s'élevait contre le drainage intempestif dans les péritonites généralisées, mais préconisait toujours la mise en place d'un drain qui permettait « lorsque le pus avait souillé toute la paroi, l'écoulement facile des suppurations secondaires ».

Puis, vers 1903, Rotter a insisté sur l'inutilité du drainage dans certaines variétés de péritonites appendiculaires et sur la possibilité de fermer complètement le ventre.

A sa suite, Bauer, Ross, Hotchtrier, Pietri (de Marseille) ont préconisé cette suppression du drainage, Enfin, plus récemment, en 1920, Ombrédanne, s'appuyant sur ses statistiques a montré combien cette chirurgie hardie pouvait donner de beaux succès.

Il est incontestable que la séreuse péritonéale réagit et se défend parfaitement contre l'infection, même grave, que, mieux que les muscles et surtout mieux que le tissu cellulaire, elle lutte contre l'infection microbienne, en atténue la virulence et en limite l'extension. La possibilité de suturer la paroi complètement après évacuation d'un abcès appendiculaire en est la preuve formelle.

Mais, fermer complètement la paroi, c'est, dans de nombreux cas d'appendicite gangréneuse :

1° Laisser dans le lit appendiculaire un foyer microbien de haute virulence, constitué par des escarres péritonéales, des exsudats péritonéaux, parfois des calculs appendiculaires ;

2° C'est réaliser, en suturant la paroi, même partiellement, les meilleures conditions pour laisser se developper un phlegmon gangréneux diffus qui évoluera vite sur un organisme affaibli par l'intoxication générale.

La suture de la paroi avait déjà élevé contre elle de nombreux faits :

LECÈNE (*Société de Chirurgie* T. XLVI - 1926) sur 29 cas non drainés, rapporte :

« 5 suppurations pariétales avec pus d'odeur fétide et nécrose apanévrotique évidemment due à l'inoculation directe de la paroi au cours de l'intervention.

HALLOPEAU (*Société de Chirurgie*, T. XLVI 1920) :

« Je ne mets aucun point de suture, car j'ai vu à plusieurs reprises des incisions suturées à leurs extrémités, devenir le point de départ d'infections graves de la paroi ».

V. VEAU (*Société de Chirurgie*, T. XLVI-1920) :

« 7 appendicites fermées, 2 morts dont l'une : fille de 10 ans. appendicite de 24 h., pas de liquide ; masse épiploïque adhérente au cæcum ; bon état pendant deux jours ; le troisième jour, aggravation, ouverture de la plaie : tissus sphacélés dans toute l'étendue de l'incision, odeur horriblement fétide, mort le 5e jour.

SAVARIAUD (*Société de Chirurgie*, T. XLVI-1920), dit :

« Je suture rarement l'aponévrose et je laisse la peau ouverte ; de cette façon, j'évite le phlegmon gangréneux dont j'ai observé un cas grave

terminé par la mort, pour avoir trop suturé les plans superficiels.

H. HARTMANN (*Société de Chirurgie*, T. XVI-1920) :

« En 1913, une des morts du service a été la conséquence d'un phlegmon gangréneux de la paroi, alors qu'à l'intérieur du ventre tout se passait régulièrement,

Voici nos trois observations :

OBSERVATION I. — (Docteur MÉTIVET).

Jeune homme de 18 ans. Crise d'appendicite aiguë, sans aucun antécédent appendiculaire. Opération à la 40e heure. Mac Burney typique : découverte d'un appendice gros, grisâtre, latéro-cæcal externe ; ablation de l'appendice, enfouissement,

La séreuse péritonéale au niveau du lit de l'appendice est légèrement grise, mais sans fausses membranes véritables. Un gros drain et une mèche sont placés dans le foyer.

Fermeture du péritoine et des muscles par deux catguts en un plan, cette fermeture, incomplète, laisse passer aisément la mèche et le drain. Fermeture de la peau aux crins sur un drainage sous-cutané par faisceau de crins.

La température et le pouls ne s'améliorent pas. Je revois l'opéré (en Province) le 4e jour après l'opération : Température à 39°, pouls à 120, facies terreux. Désunion de la peau montrant un foyer gangréneux sous-cutané. L'amélioration ne se produisant pas, ouverture complète de la paroi le lendemain : foyer gangréneux musculaire, aucune trace de pénitonite. Malgré ce débridement, les instillations d'eau oxygénée, les injections copieuses de sérum anti-gangréneux, mort le 7e jour après l'intervention.

OBSERVATION II. — (Docteur René DUBOIS).

Mlle M..., 6 ans. Enfant vue à la 48e heure d'une appendicite aiguë ayant débuté par un point de côté douloureux dans la fosse iliaque droite et des vomissements rapidement noirâtres étiquetés par les parents (vomissements par indigestion de mûres).

L'enfant se présente avec un facies grippé, les yeux cernés, la bouche animée d'un mâchonnement continuel. La température est à 38°, le pouls à 120. L'examen local décèle un point de Mac Burney douloureux avec une légère défense musculaire.

Le diagnostic d'appendicite aiguë simple est porté avec une réserve cependant par suite du pouls à 120.

Intervention : Incision de Mac Burney avec dissociation musculaire. Le péritoine est ouvert, il ne s'échappe pas de liquide.

On tombe sur un cæcum en position iliaque moyenne assez mobile pour permettre la découverte facile d'un gros appendice retro-cœcal (comme un pouce d'adulte) noirâtre, d'odeur putride, mais sans perforation. Il s'agit d'un abcès gangréneux intraappendiculaire non encore rompu. Ablation de l'appendice par section au thermocautère, enfouissement. Fermeture sans drainage en trois plans.

Le lendemain matin : Température 39° 5, pouls rapide filant aux environs de 130. Faciès très altéré. Craignant une réaction

péritonéale malgré l'absence de défense musculaire, on se décide à ouvrir le foyer pour drainer s'il y a lieu.

Après l'ablation des agrafes, on tombe sur une paroi musculaire de teinte verdâtre, d'apect sphacélique et d'odeur gangréneuse, le péritoine au contraire est intact. Il s'écoule seulement un peu de liquide louche à son ouverture.

Malgré le drainage établi — les injections de sérum antigangréneux et physiologique et les tonicardiaques, accélération progressive du pouls — température constante à 39°, mort le 4e jour.

OBSERVATIONS III : M. Georges DEBRAY, Interne des Hôpitaux.

Mme L..., 44 ans.

Douleur à deux heures du matin, avec vomissements à son entrée : douleur de la fosse iliaque droite tendant à diffuser à tout l'abdomen. Température 39° 7, pouls 100. légére contracture à droite, douleur maximum au point de Mac Burney.

Intervention : Incision classique sans dissociation le long du bord droit du cœcum, adhérences et fausses membranes cachant un gros appendice verdâtre laissant échapper un long calcul. Appendicectomie rétrograde, enfouissement du moignon. Drain et petite mèche, fermeture au catgut ; les lèvres cutanées sont seulement rapprochées par un point de soie.

Le lendemain : Début de phlegmon de la paroi abdominale, la suture est rouge et œdemateuse. Ablation de tous les points jusqu'à ce que l'on aperçoive nettement le cæcum sur toute l'étendue de l'incision : liquide grisâtre, d'odeur gangréneuse.

Le 2e jour après l'intervention : Drain de Carrel et irrigation au Dakin. Très mauvais état général, on hésite entre une péritonite diffuse et un phlegmon de la paroi, mais le ventre est souple à gauche ; quelques gaz ont été émis par l'anus. — Température, 39° 5, pouls, 120.

Le 3e jour, température 41°, mort.

Autopsie. — Vaste phlegmon gangréneux de la paroi, remontant haut le long de la paroi latérale.

Le péritoine latéro-cæcal est infiltré, œdémateux verdâtre ; il existe une large escarre grisâtre dans la gouttière externe du cæcum ; lit de l'appendice gangrené ; le tissu rétro-cæcal est infiltré et verdâtre. Il n'y a pas de liquide intrapéritonéal. Les anses sont rouges, mais pas d'adhérences, pas de fausses membranes ; seul, l'épiploon a encapuchonné le cæcum, limitant le foyer appendiculaire.

Que conclure de ces trois observations et de celles qui furent rapportées depuis 1920 à la Société de Chirurgie ?

C'est que, si la fermeture systématique de la paroi dans les appendicites aiguës donne souvent de beaux résultats, elle constitue une méthode hardie et audacieuse pour le chirurgien, dangereuse pour l'opéré.

C'est qu'il vaut encore mieux placer un drainage inutile que de courir le risque de ne pas drainer quand cela pouvait être indispensable. Pour faire œuvre utile et pour que l'opéré bénéficie de ce drainage, il faut rejeter sans hésita-

tion « la mèche ficelle et le drain cure-dent » ; il faut drainer largement en plaçant assez de mèches pour qu'en aucun cas on ne soit tenté de refermer partiellement l'incision. C'est dire qu'il faut laisser tout ouvert. C'est là le seul moyen :

De limiter le foyer gangréneux que centrait l'appendice sphacélé, souvent perforé, toujours gangrené ;

De drainer hors du ventre des particules non résorbables, hautement septiques et toxiques : portions mortifiées de séreuse pariétale, fausses membranes et souvent coprolithes échappés de la lumière appendiculaire.

C'est le seul moyen d'éviter un phlegmon gangréneux de la paroi dont nous avons montré la gravité possible.

Sans doute, ce mode de drainage n'empêchera pas la formation d'escarres aponévrotiques qui se détacheront par lambeaux, ni l'apparition de signes inflammatoires autour de la plaie, mais en aucun cas on ne verra évoluer un phlegmon diffus gangréneux.

Quelles sont donc les raisons pour lesquelles une technique si avantageuse est quelquefois rejetée ?

D'abord on peut reprocher à ce large drainage la lenteur de la guérison définitive :

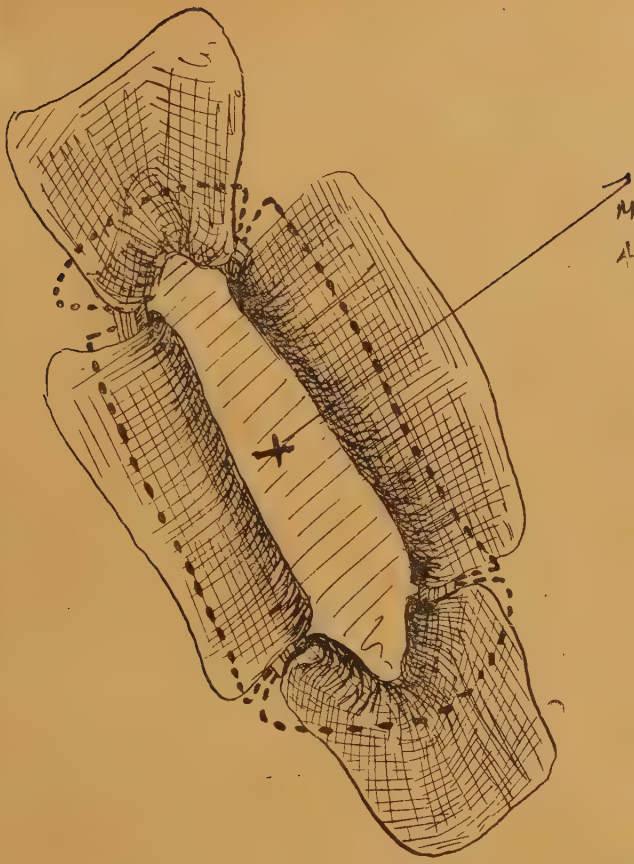
Les mèches enlevées au huitième ou dixième jour, la plaie bourgeonne vite, la large incision se comble rapidement ; mais il faut compter trois semaines, souvent un mois pour obtenir une cicatrisation complète.

A vrai dire, si l'opéré guérit toujours, pourrait-on regretter ces trois semaines d'immobilisation !

Il faut ajouter, d'ailleurs, que ces incisions largement drainées nous ont toujours paru guérir plus vite que les désunions secondaires pour abcès pariétal.

Ensuite on a aimé à reprocher à ce drainage large, l'éventration secondaire.

Il est vrai que, dans certains cas, on peut observer cette éventration, mais, le plus souvent, elle est évitée si l'on observe certaines règles dans la technique du drainage. Nous ne

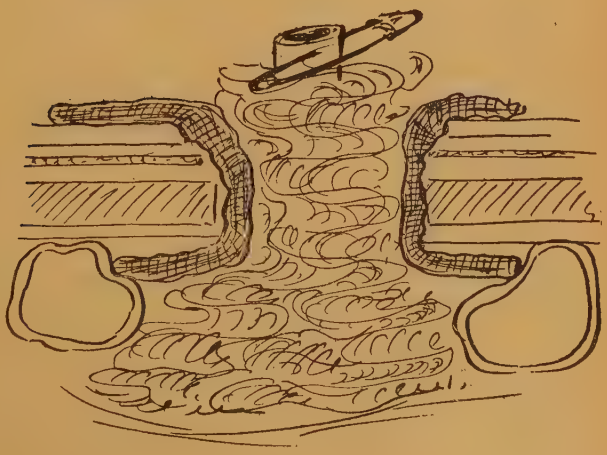


DRAINAGE

par

« Compresses Barrières »

et Mèches



saurions mieux faire que de citer ce que dit à ce sujet notre Maître G. Métivet :

« Bien que j'use largement du Mickulicz, je préfère pour drainer les foyers d'appendicite gangréneuse, recourir au procédé des « compresses barrières » que mon vénéré Maître Lucien Picqué m'a enseigné, procédé qu'il disait tenir de Sonnenbourg.

« Garnissez la circonférence de l'ouverture pariétale avec quatre compresses assez profondément enfoncées dans l'abdomen pour refouler les anses intestinales à distance des berges de l'orifice pariétal. Vous éviterez ainsi l'adhérence de ces anses à ces berges et vous aurez les plus grandes chances de parer à la production d'une éventration secondaire. Glissez une mèche flanquée d'un drain jusqu'au contact du moignon appendiculaire.

« Dans les jours suivants : injections d'eau oxygénée dans le drain, mobilisation précoce de ce drain. Au huitième ou dixième jour, ablation des mèches qui se détachent seules, remplacement par de nouvelles mèches plus petites. Après quelques nouveaux changements de mèches faits à quelques jours d'intervalle,

l'orifice pariétal sera presque fermé ; et si vous avez eu soin d'empêcher les anses intestinales d'adhérer aux lèvres de l'orifice, vous n'aurez pas d'éventration secondaire ».

On voit donc que si l'opérateur ne confie pas à d'autres qu'à lui-même ces premiers pansements, il ne verra presque jamais, en pareil cas, une éventration.

Bien plus, la paroi sera souvent consolidée en un bloc cicatriciel épais, solide, qui formera un sillon et non une voussure.

CONCLUSIONS

1° Dans l'appendicite gangréneuse le drainage de la paroi importe autant que celui du foyer appendiculaire.

2° Dans ces cas, le meilleur drainage est celui par mèches.

3° Ce drainage par mèches sera sans séquelles si l'on se souvient du rôle des « compresses-barrières ».

Vu : *le Doyen,*
ROGER

Vu : *le Président du Thèse*
HARTMANN

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

G. MÉTIVET. — *Presse médicale*, 31 août 1929. — Remarques sur le diagnostic et le traitement de l'appendicite aiguë.

OMBRÉDANNE. — *Société de chirurgie.* 23 Juin 1920.

REVEL. — *Monde Médical.* 15 août 1925. — De l'intervention systématique dans l'appendicite aiguë.

RAYMOND BONNEAU. — *Presse Médicale*, 17 Juin 1925. — Drainage de l'appendicite à chaud.

JOHN B. HUNTER. — *Bristish Medical Journal*, n° 3453, 19 mars 1927, p. 508.

P. MONLONGUET. — *Revue Médicale universelle.* Tome II, n° 4, 1927.

CH. A. MORTON. — *The lancet*, n° 4473, 22 mai 1909. — La cause de la mort dans l'appendicite aiguë.

BONAMY. — *Bulletin et Mém. Société des Chirurgiens de Paris*, n° 7, 1er avril 1927. — Un cas d'appendicite gang. opérée et compliqué de gangrène généralisée.

CHALIER. — *Lyon Médical* 1922, p. 234. — Appendicite gangréneuse avec phlegmon diffus putride de la paroi lombo-castale.

MEYERSON. — *Beitr, zur Klui. chir.,* Tome 40, 1-2 oct. 1928. — Des tumeurs inflammatoires de la paroi abdominale consécutives à l'appendicite.

II — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie & psychiatrie
AUBERTIN	Pathologie médicale
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale
BINET	Physiologie
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique
BROCQ	Pathologie chirurgicale
BRULÉ	Pathologie médicale
CADENAT,	Pathologie chirurgicale
CATHALA	Pathologie médicale
CHABROL	Pathologie médicale
CHEVALLIER	Pathologie médicale
de GAUDART d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
DOGNON	Physique
DONZELOT	Pathologie médicale
ESCALLE	Obstétrique
FEY	Urologie
GARNIER	Pathologie expérim[le]
GASTINEL	Bactériologie
GATELLIER	Pathologie chirurgicale
GIROUD	Histologie
HARVIER	Pathologie médicale
HOVELACQUE	Anatomie
HUTINEL	Pathologie médicale
JOANNON	Hygiène
JOYEUX	Parasitologie

MM.	
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX	Anatomie pathologique
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
LIAN	Pathologie médicale
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie
OBERLING	Anatomie pathologique
OLIVIER	Anatomie
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale
PORTES	Obstétrique
QUÉNU	Pathologie chirurgicale
RICHET	Physiologie
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale
VAUDESCAL	Obstétrique
VELTER	Ophtalmologie
VERNE	Histologie
VIGNES	Obstétrique

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie
GUÉNIOT	Obstétrique
LEQUEUX	Obstétrique

MM.	
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie
RETTERER	Histologie
ZIMMERN	Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE.....	Clinique chirurgicale	LÉRI.....	Clinique médicale
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale	MOCQUOT.....	Clinique chirurgicale
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale	PROUST.....	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE.....	Clinique médicale	SCHWARTZ....	Ciinique chirurgicale
LE LORIER.....	Clinique obstétricale		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie
CHAILLEY-BERT.....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.